

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

دانشکده پزشکی

گزارش نهایی پایان نامه دوره دکترای حرفه ای پزشکی

عنوان :

بررسی افسردگی در بیماران همودیالیزی استان بوشهر

سال ۱۳۹۲

دانشجو : سید حمید مرتضوی

استاد راهنما و مشاور: دکتر کامران میرزایی

دانشیار گروه پزشکی اجتماعی

این طرح با تصویب و حمایت مالی حوزه پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی بوشهر اجرا گردیده است

۱۳۹۲

تقدیم به:

پدر بزرگوار و مادر مهربانم

آنان که از خواسته هایشان گذشتند، سختی ها را به جان خریدند

و خود را سپر بلای مشکلات و ناملایمات کردند تا من

به جایگاهی که اکنون در آن ایستاده ام برسم.

تقدیم به خواهر و برادرانم که:

لحظات ناب باور بودن، لذت و غرور دانستن، جسارت خواستن، عظمت رسیدن و تمام تجربه های یکتا

و زیبای زندگیم، مدیون حضور سبز آنهاست.

و

به تمام آزاد مردانی که نیک می اندیشند.

با تشکر فراوان از استاد گرانقدر

جناب آقای دکتر کامران میرزایی

که از ابتدای انتخاب این موضوع تا انتهای انجام این تحقیق

در کمال صبر و حوصله بنده را در در تمامی مراحل،

یاری نموده و از رهنمودهای خویش

بهره مند ساختند.

چکیده:

هدف: هدف از انجام این پژوهش تعیین میزان شیوع افسردگی در بیماران تحت درمان همودیالیز در استان بوشهر و مشخص ساختن عوامل خطر ابتلا به افسردگی در بیماران همودیالیزی به منظور پیشگیری از ابتلا به افسردگی و درمان آن می باشد.

روش کار: در این پژوهش کلیه ۲۶۵ بیمار (۱۴۳ مرد، ۸۴ زن) تحت درمان همودیالیز استان بوشهر به روش نمونه گیری ساده انتخاب شدند. به کمک پرسشنامه های جمعیت شناختی و افسردگی بک داده های لازم گردآوری شد و با نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: در این بررسی ۸۹/۹٪ بیماران دچار افسردگی بودند که از این تعداد ۱۵/۴٪ افسردگی خفیف، ۴۰/۱٪ افسردگی متوسط و ۲۷/۳٪ به افسردگی شدید و ۷/۰٪ فرم خطرناک افسردگی دچار بودند. بین سن، سطح تحصیلات، بیماری زمینه ای و مدت زمان دیالیز و سطح افسردگی ارتباط معنی داری مشاهده نشد. لیکن با سن، وضعیت تاهل و اشتغال بیماران رابطه دیده شد.

نتیجه: با توجه به شیوع بالای افسردگی لازم است وضعیت روانی بیماران دیالیزی در حوزه افسردگی مورد توجه و بررسی قرار گیرد و برنامه هایی به منظور پیشگیری و درمان آن ها تدوین و اجرا شود.

کلمات کلیدی: افسردگی، همودیالیز، نارسایی مزمن کلیوی، پرسشنامه افسردگی بک

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده
	فصل اول: مقدمه
۲	۱- کلیات
۸	۱-۱- نارسایی مزمن کلیه (CRD)
۹	۱-۲- پاتوفیزیولوژی CRD
۱۱	۱-۳- نشانه ها و علائم اورمی
۱۵	۱-۳-۱- اسیدوز و الکترولیت ها
۱۶	۱-۳-۲- پوست
۱۶	۱-۴- درمان جایگزین کلیه
۱۷	۱-۴-۱- همودیالیز
۱۸	۱-۴-۱-۱- راه دستیابی برای همودیالیز
۱۹	۱-۴-۲- دیالیز صفاقی
۱۹	۱-۵- مدیریت عوارض دیالیز
۲۰	۱-۶- پیوند کلیه
۲۰	۱-۷- افسردگی عمده
۲۱	۱-۷-۱- تاریخچه
۲۲	۱-۷-۲- طبقه بندی اختلالات خلقی بر اساس DSM-IV-TR
۲۲	۱-۷-۳- همه گیر شناسی
۲۲	۱-۷-۳-۱- میزان بروز و میزان شیوع
۲۳	۱-۷-۳-۲- جنس

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲۳	..... ۱-۷-۳-۳ سن
۲۳	..... ۱-۷-۳-۴ وضعیت تاهل
۲۴	..... ۱-۷-۳-۵ مسائل اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی
۲۴	..... ۱-۷-۴-۱ سبب شناسی
۲۴	..... ۱-۷-۴-۱-۱ عوامل زیستی
۲۴	..... ۱-۷-۴-۲-۱ آمین های زیستی
۲۴	..... ۱-۷-۴-۳ نوراپی نفرین
۲۵	..... ۱-۷-۴-۴ سرتونین
۲۵	..... ۱-۷-۴-۵ دوپامین
۲۶	..... ۱-۷-۴-۶ سایر عوامل شیمیایی عصبی
۲۸	..... ۱-۷-۴-۷ تنظیم عصبی-غددی
۲۷	..... ۱-۷-۴-۸ محور فوق کلیوی-نقش کورتیزول
۲۷	..... ۱-۷-۴-۹ محور تیروئید
۲۷	..... ۱-۷-۴-۱۰ هورمون رشد
۲۸	..... ۱-۷-۴-۱۱ سوماتواستاتین
۲۸	..... ۱-۷-۴-۱۲ پرولاکتین
۲۸	..... ۱-۷-۴-۱۳ ناهنجاریهای خواب
۲۹	..... ۱-۷-۵ عوامل روانی-اجتماعی
۲۹	..... ۱-۷-۵-۱ وقایع زندگی و استرس محیط
۲۹	..... ۱-۷-۵-۲ عوامل شخصیتی
۳۰	..... ۱-۷-۵-۳ عوامل سایکودینامیک درافسردگی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲۸	..... ۱۳-۷-۱- ناهنجاریهای خواب
۲۹	..... ۵-۷-۱- عوامل روانی-اجتماعی
۲۹	..... ۱-۷-۵-۱- وقایع زندگی و استرس محیط
۲۹	..... ۲-۷-۵-۱- عوامل شخصیتی
۳۰	..... ۳-۷-۵-۱- عوامل سایکودینامیک در افسردگی
۳۳	..... ۶-۷-۱- اختلال افسردگی عمده
۳۳	..... ۱-۷-۶-۱- سیر شروع
۳۳	..... ۷-۷-۱- علایم بالینی
۳۳	..... ۱-۷-۷-۱- دوره های افسردگی
۳۴	..... ۸-۷-۱- تشخیص افتراقی
۳۵	..... ۹-۷-۱- سیر و پیش آگهی
۳۶	..... ۱۰-۷-۱- درمان
۳۷	..... ۸-۱- پرسش نامه افسردگی بک
۳۸	..... ۱-۸-۱- ابزار سنجش و مراحل تکامل
۳۹	..... ۲-۸-۱- ساختار عاملی
۴۰	..... ۳-۸-۱- اعتبار و روایی
۴۱	..... ۴-۸-۱- اجرا، نمره گذاری و تفسیر
۴۲	..... ۹-۱- بیان مساله
۴۶	..... ۱۰-۱- اهداف و فرضیات

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۴۶	۱-۱۰-۱- هدف اصلی طرح.....
۴۶	۱-۱۰-۲- اهداف فرعی طرح.....
۴۷	۱-۱۰-۲- اهداف کاربردی.....
۴۷	۱-۱۰-۴- فرضیات یا سوالات پژوهش با توجه به اهداف طرح.....
۴۹	۲-مروری بر متون.....
۷۹	۳-مواد و روش ها.....
۸۱	۳-۱-محدودیت‌های اجرایی طرح.....
۸۱	۳-۲- ملاحظات اخلاقی.....
۸۳	۴- نتایج.....
۱۰۵	۵-بحث و نتیجه گیری.....
۱۱۰	۵-۱-نتیجه گیری.....
۱۱۱	۶-پیشنهادهات.....
۱۱۴	منابع.....
۱۲۶	پیوست.....

فهرست جداول

صفحه	عنوان جدول
۸۴	جدول ۴-۱: فراوانی متغیرهای دموگرافیک بیماران شرکت کننده در مطالعه ۱۳۹۲
۸۵	جدول ۴-۲: فراوانی متغیرهای دموگرافیک بیماران شرکت کننده در مطالعه ۱۳۹۲
۸۵	جدول ۴-۳: فراوانی بیماران شرکت کننده در مطالعه به تفکیک شهرستان تحت درمان ۱۳۹۲ -
۸۶	جدول ۴-۴: فراوانی علل منجر به نیاز به همودیالیز در بیماران شرکت کننده در مطالعه ۱۳۹۲-
۸۷	جدول ۴-۵: فراوانی پاسخ به سؤال ۱ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۸۷	جدول ۴-۶: فراوانی پاسخ به سؤال ۲ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۸۸	جدول ۴-۷: فراوانی پاسخ به سؤال ۳ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۸۸	جدول ۴-۸: فراوانی پاسخ به سؤال ۴ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۸۸	جدول ۴-۹: فراوانی پاسخ به سؤال ۵ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۸۹	جدول ۴-۱۰: فراوانی پاسخ به سؤال ۶ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۸۹	جدول ۴-۱۱: فراوانی پاسخ به سؤال ۷ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۰	جدول ۴-۱۲: فراوانی پاسخ به سؤال ۸ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۰	جدول ۴-۱۳: فراوانی پاسخ به سؤال ۹ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه

فهرست جداول

صفحه	عنوان جدول
۹۰	جدول ۴-۱۴: فراوانی پاسخ به سؤال ۱۰ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۱	جدول ۴-۱۵: فراوانی پاسخ به سؤال ۱۱ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۱	جدول ۴-۱۶: فراوانی پاسخ به سؤال ۱۲ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۱	جدول ۴-۱۷: فراوانی پاسخ به سؤال ۱۳ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۲	جدول ۴-۱۸: فراوانی پاسخ به سؤال ۱۴ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۲	جدول ۴-۱۹: فراوانی پاسخ به سؤال ۱۵ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۲	جدول ۴-۲۰: فراوانی پاسخ به سؤال ۱۶ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۳	جدول ۴-۲۱: فراوانی پاسخ به سؤال ۱۷ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۳	جدول ۴-۲۲: فراوانی پاسخ به سؤال ۱۸ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۳	جدول ۴-۲۳: فراوانی پاسخ به سؤال ۱۹ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۴	جدول ۴-۲۴: فراوانی پاسخ به سؤال ۲۰ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه
۹۴	جدول ۴-۲۵: فراوانی پاسخ به سؤال ۲۱ سطح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه

فهرست جداول

صفحه	عنوان جدول
۹۴	جدول ۴-۲۶: میانگین نمره بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه در پاسخ به سئوالات سطح افسردگی -۱۳۹۲
۹۵	جدول ۴-۲۷: سطوح افسردگی بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه -۱۳۹۲
۹۵	جدول ۴-۲۸: میانگین سن بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه به تفکیک جنسیت -۱۳۹۲
۹۶	جدول ۴-۲۹: فراوانی وضعیت تاهل بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه به تفکیک جنسیت -۱۳۹۲
۹۶	جدول ۴-۳۰: فراوانی وضعیت اشتغال بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه به تفکیک جنسیت -۱۳۹۲
۹۷	جدول ۴-۳۱: فراوانی سطح تحصیلات بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه به تفکیک جنسیت -۱۳۹۲
۹۸	جدول ۴-۳۲: فراوانی سطوح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه بر حسب جنسیت بیماران -۱۳۹۲
۹۹	جدول ۴-۳۳: فراوانی سطوح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه بر حسب وضعیت تاهل بیماران -۱۳۹۲
۱۰۰	جدول ۴-۳۴: فراوانی سطوح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه بر حسب وضعیت اشتغال بیماران -۱۳۹۲
۱۰۱	جدول ۴-۳۵: فراوانی سطوح افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه بر حسب سطح تحصیلات بیماران -۱۳۹۲
۱۰۳	جدول ۴-۳۶: رگرسیون خطی نمره افسردگی در بیماران همودیالیزی شرکت کننده در مطالعه و متغیرهای دموگرافیک آنان -۱۳۹۲

فصل اول

مقدمه

۱- کلیات

نارسایی مزمن پیشرفته کلیه یک اختلال پیشرونده و غیر قابل برگشت است که در این حالت توانایی کلیه در دفع مواد زاید متابولیک و حفظ مایع و الکترولیتها از بین میرود و منجر به سندرم افزایش اوره خون میگردد (۱). این نشانگان بالینی پیامد آسیب و تخریب بیش از ۷۵ درصد از نفرونهای کلیه است. در این مرحله از نارسایی کلیه نشانه های بالینی مانند بی اشتهایی، تهوع، استفراغ، خونریزی، اختلال حواس و شعور و در پایان تشنج و پریکاردیت روی داده، همزمان افزایش میزان پتاسیم خون، افزایش فشارخون، افزایش حجم مایعات، نارسایی احتقانی قلب، کم خونی، بیماریهای استخوان و کلسیفیکاسیون متاستاتیک در نتیجه احتباس فسفر، کاهش کلسیم سرم، متابولیسم و افزایش سطح آلومینیم غیرطبیعی ویتامین D نیز رخ می دهد (۲). اگر چه همودیالیز باعث بهبود حال عمومی و طولانی شدن عمر آنان گردیده ولی هم اکنون میزان مرگ و میر در این بیماران در آمریکا ۱۸ درصد می باشد (۲) همودیالیز باعث تخفیف علایم و نشانه های نارسایی مزمن پیشرفته کلیه می شود ولی در نهایت سیر طبیعی بیماری زمینه ای کلیه را تغییر نداده و به طور کامل جانشین کلیه نمیشود و بیمار دچار برخی از مشکلات و عوارض میگردد. پرفشاری خون شریانی شایعترین مشکل بیماران مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه است که علت اصلی آن افزایش حجم مایع میباشد (۲)

کم خونی یکی از مشکلات عمده بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده است که موجب ضعف، خستگی و ... در آنها می شود (۳) واز جمله اختلالات شایع این بیماران عوارض گوارشی می باشد. علایم گوارشی همانند بی اشتهایی، تهوع، استفراغ، بوی نامطبوع آمونیاک، التهاب معده و روده،

زخم و خونریزی گوارشی، هپاتیت، پریتونیت و آسیت در این بیماران وجود دارد (۲) عدم قدرت تمرکز حواس برای مدت طولانی، احساس سوزش در بدن، سندرم بیقراری پاها، افتادگی پاها و حتی فلج کامل از جمله عوارض دیگر در سیستم عصبی می باشد (۴). درصد بالایی از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه دچار اختلالات استخوانی -عضلانی در D به علت اختلال در فعال شدن ویتامین کلیه ها و اختلال در متابولیسم کلسیم و فسفر میگردند (۵). در دستگاه تولیدمثل نیز اختلالاتی به وقوع میپیوندند که از آن جمله میتوان به تغییر در عادت ماهانه و یا قطع آن به طور کامل در خانمها و ناتوانی جنسی و عقیم شدن در مردان اشاره کرد (۶). ادم حاد ریه به علت افزایش حجم مایعات بدن و تجمع آب در ریه، عفونت پرده جنب و ریه از شایعترین اختلالات دستگاه تنفسی در این بیماران محسوب میشوند (۷). از اختلالات پوستی میتوان رنگ پریدگی، خراش، تغییر رنگ، کاهش قوام و شکنندگی پوست را نام برد (۳). همچنین خارش پوستی مشکل دیگری است که کیفیت زندگی بیمار را به هم زده میتواند باعث افسردگی و گاهی خودکشی در بیمار گردد (۸).

اولین علت بستری شدن در بیمارستان و دومین علت مرگ بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده مزمن، عفونت بوده، راه ورود عامل عفونت اکثراً تماس پوستی از طریق مسیر شریانی -وریدی است (۹). این بیماران علاوه بر روبرو شدن با تغییرات متعدد فیزیولوژیک با تنشهای روانی بسیاری نیز روبرو میگردند که هر کدام به نوبه خود می تواند در روان و شخصیت آنها اختلال ایجاد کنند، به طوری که اغلب آنها با مشکلات و تنشها سازگار نشده، دچار تغییرات رفتاری مانند: اضطراب، افسردگی، انزوا، انکار بیماری، هذیان و توهم میگردند (۱۰).

نارسایی مزمن کلیه (CRF^۱) به نقص غیرقابل برگشت عملکرد کلیه گفته می شود که سیر پیشرونده ای دارد و اکثر این بیماران نهایتاً به همودیالیز دائمی نیاز پیدامی کنند. درمان جایگزینی کلیه، درنارسایی

^۱: Chronic Renal Failure

انتهای کلیه (ESRD^۲) بخش عمده و در حال رشدی از هزینه های بهداشتی را در کشورهای مختلف به خود اختصاص می دهد . درمان نارسایی مزمن کلیه به صورت همودیالیز دائم علاوه بر هزینه های زیاد برای جامعه، مشکلات عدیده جسمی و روحی را برای بیمار در بر خواهد داشت؛ لذا شناخت مهمترین علل آن و تشخیص به موقعشان و جلوگیری از پیشرفت آنها بروز نارسایی کلیه را به تعویق خواهد انداخت . در کشورهای پیشرفته با ، شناسایی زودرس علل ESRD و درمان به موقع آنها، علل قابل درمان ESRD به حداقل رسیده است . علل CRF در کشورهای مختلف، برحسب شیوع بیماری ها در آن منطقه جغرافیایی، روش زندگی، زمینه خانوادگی نارسایی کلیه، جنس، نژاد و امکانات بهداشتی درمانی موجود برای تشخیص و درمان بیماری های کلیوی متفاوت است . با توجه به این که بسیاری از علل CRF از جمله دیابت، پر فشاری خون، و سنگ های متعدد کلیوی قابل کنترل می باشند و کنترل درست، به موقع و مستمر آنها می تواند وقوع ESRD را به تاخیر بیندازد (۱۶-۱۱)

میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون جمعیت است و سالانه حدود ۸ درصد به این میزان اضافه می شود . این میزان در جوامع مختلف متفاوت بوده به طوری که در سیاهپوستان ۷۵۸ نفر در یک میلیون و در سفیدپوستان ۱۸۰ مورد در یک میلیون جمعیت است (۲) . به استناد آمار مرکز بیماریهای خاص ایران و انجمن حمایت از بیماران کلیوی تا پایان سال ۱۳۸۲ حدود ۲۰۱۳۴ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته کلیه وجود داشته که ۱۰۲۷۶ نفر از آنها در این مراکز تحت درمان با همودیالیز بوده اند . آمار بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران سالانه حدود ۱۵ درصد افزایش میابد (۱۷) .

بیماران مبتلا به نارسایی مزمن و پیشرفته کلیه و تحت درمان با همودیالیز به علت درمانهای دارویی متعدد و پیچیده ، مشکلات گوناگون و تغییرات ریشه ای در الگوی زندگی دارند که بر عملکرد اجتماعی و روانی آنها تأثیر می گذارد . از آنجایی که درمان با همودیالیز یک روند طولانی مدت است ، این بیماران

² : End Stage Renal Disease

نیاز به استفاده از یک سری راه کارها برای بهتر کنار آمدن و اداره نمودن بیماری خود دارند . درمان این بیماران بدون مشارکت خود بیمار و انجام برخی از فعالیتهای خودمراقبتی نمی تواند به اندازه کافی مؤثر باشد و نتایج دلخواه درمان حاصل گردد . بر اساس تئوری کارآیی فردی باندورا درک فرد از توانایی خود باعث بکار بردن رفتارهای خودمراقبتی در جهت رسیدن به نتایج دلخواه می شود (۱۸)

افسردگی یک مشکل شایع روانی در بین افراد مبتلا به بیماریهای مزمن است. (۱۹) .میزان افسردگی در بیماران همودیالیزی در مطالعات متعدد بسیار متفاوت است .محققین معتقدند : گرچه همودیالیز روش درمانی مناسب برای بیماران نا رسایی پیشرفته کلیوی است ولی این روش درمان ، با شیوع بالایی از عوارض روانی همراه است که عمدتاً اضطراب و افسردگی بوده و میزان آن از ۲۲/۴ تا ۵۱/۶ درصد گزارش شده است(۲۰). فرخی و عابدینی میزان شیوع افسردگی در بیماران همودیالیز را در مطالعات مختلف از ۸/۱ تا ۶۵/۴ درصد ذکر می کنند (۲۱).

بروز مشکلات فوق در بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار میگیرد، به طوری که هر چه مشکلات بیشتر باشد سطح کیفیت زندگی پایتتر خواهد بود .منطقی است که در نظر بگیریم سطح کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده نتیجه تأثیر متقابل پیامدهای بیماری،خصوصیات شخصیتی، رفتار تطابقی، حمایت اجتماعی و کیفیت مراقبتهای دریافتی باشد.مطالعات متعددی در جوامع مختلف نشان داده که بیماران تحت درمان با همودیالیز به طور چشمگیری در مقایسه با جمعیت عمومی از نمرات کمتری از کیفیت زندگی برخوردارند(۲۳و ۲۲) . کنترل مشکلات و عوارض و بهبود کیفیت زندگی نیازمند مشارکت بیمار در روند درمان و مراقبت است و لازمه این کار نیز افزایش آگاهی افراد میباشد .تأثیر همودیالیز در کنترل علائم و نشانه های سندرم اورمی همراه با کاهش عوارض به شرکت فعال بیمار در فرآیند درمان بستگی دارد که در این ارتباط نقش پرستار حایز اهمیت است .بیماران مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته کلیه تحت درمان با همودیالیز به دلیل داشتن درمانهای دارویی

متعدد برنامه غذایی خاص و کسب توانایی لازم در سازگاری با ناتوانیهای جسمی و روحی نیازمند آموزش ویژه و مستمر هستند (۲۴ و ۲۵).

افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانی در جوامع انسانی به شمار می رود. بگونه ای که بر اساس پیش بینی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ میلادی ناتوانی های ناشی از افسردگی در بین بیماریها رتبه دوم را خواهد داشت (۲۶). افسردگی می تواند از طریق حوادث استرس زای زندگی به خصوص مشکلات طولانی مدت مانند برخی بیماریهای جسمانی آشکار شود و بوسیله تداوم این استرسورها ادامه یابد (۲۷). بیش از ۲۰-۱۰ درصد جمعیت عمومی افسردگی را تجربه می کنند. به طوری که ۱۵ درصد افراد حداقل یک بار در طی زندگی به این اختلال مبتلا می شوند. همچنین تعداد افراد افسرده به دلیل فشارهای ناشی از تغییرات اجتماعی و محیطی و برخی از بیماریهای جسمی رو به افزایش است (۲۸). از طرفی شیوع یک ماهه افسردگی در کل جمعیت ۲/۲ درصد برآورد شده است که این میزان در افراد مبتلا به بیماریهای جسمی (۳۲-۱۰ درصد) خصوصا نارسایی مزمن کلیه (۲۵-۵ درصد) افزایش چشمگیری دارد (۲۹). علی رغم شایع بودن این اختلال در بیماریهای جسمی به دلیل مشابهت علائم افسردگی با برخی علائم بیماری های جسمی (از قبیل کاهش اشتها، خستگی، بی حوصلگی، کاهش میل جنسی، اختلال الگوی خواب) اغلب تشخیص داده نمی شود در نتیجه اپیدمیولوژی افسردگی ناشی از اختلالات طبی معمولا ناشناخته باقی مانده است (۲۸). از طرفی افسردگی یکی از اختلالات است که هزینه های گزافی را به خود اختصاص می دهد. در امریکا افسردگی جزء یکی از ۱۰ بیماری پرهزینه به شمار می رود. مطالعاتی نشان داده اند که بیماران جسمی بستری در بیمارستان که به افسردگی نیز مبتلا بودند از نظر طول مدت اقامت ۴۰ درصد و از نظر هزینه درمان ۳۵ درصد افزایش نسبت به سایر بیماران داشته اند (۳۰). این مساله ممکن است ناشی از اثر افسردگی به عنوان یک عامل مهم در رابطه با کاهش

تبعیت بیماران از درمان باشد و عدم مشارکت بیماران افسرده در درمان مشکلات طبی آنان افزوده و سلامت آنان را به خطر می اندازد.

بیماران با نارسایی پیشرفته کلیه نیز از جمله بیمارانی هستند که بدلیل تغییر در سبک زندگی به دلیل بیماری و شیوه درمان اغلب با تنش زاهای روانی - اجتماعی زیادی دست به گریبان هستند و به همین دلیل افسردگی یکی از شایعترین مشکلات روانشناختی آنان می باشد. به طور که بنا به گزارش Hailey و همکاران ۲۰ درصد بیماران همودیالیزی مشکلات روانشناختی داشته اند و اکثر آنان (۴۳/۶ درصد) مبتلا به افسردگی بودند (۳۱). Hedayati SS و همکارانش اظهار نمودند که بین افسردگی و عدم تبعیت بیماران همودیالیزی از رژیم غذایی توصیه شده و حتی تبعیت بیماران همودیالیزی از رژیم غذایی توصیه شده و حتی درمانهای ضروری ارتباط معنی داری وجود دارد و این امر می تواند سلامت بیمار را به خطر انداخته و مرگ آنان را تسریع کند (۳۲ و ۳۳).

افسردگی شایع ترین عارضه روان شناختی بیماران دیالیزی است که معمولاً واکنشی به فقدان های خیالی یا حقیقی نظیر از دست دادن شغل ، درآمد، انرژی، توانایی های جنسی ، آزادی، امید به زندگی و می باشد (۳۴) منابع متنوعی به وجود رابطه بین افسردگی و میزان ناخوشی و مرگ و میر اشاره کرده اند (۳۵). اخیراً به تاثیر عوامل روان شناختی روی نتایج مرحله پایانی نارسایی کلیوی (ESRD) توجه بیشتری شده است (۳۴ و ۳۶ و ۳۷) افزایش پیشرونده در بروز و شیوع این بیماری در سراسر جهان و بالا بودن میزان مرگ و میر و هزینه رو به افزایش مراقبت از بیماران ، موجب شده است تا روی جنبه های روانی که نتایج درمان بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد تاکید بیشتری گردد. (۳۷) میزان شیوع گزارش شده افسردگی در بیماران دیالیزی متفاوت است، این اختلاف به معیار ها و روش های تحقیق مختلف به کار برده شده در تشخیص افسردگی نسبت داده شده است . در مطالعاتی که از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شده است به طور مشابهی ذکر نموده اند که یک دوم تا یک سوم بیماران دیالیزی حداقل درجاتی

از افسردگی نمره بک بیشتر از ۱۰ را داشته اند. (۳۷) مطالب مذکور نشانگر اهمیت و لزوم یافتن راهکارهای علمی و عملی جهت برخورد مناسب با مشکلات روانپزشکی و خصوصا افسردگی در بیماران دیالیزی و اداره بیماری آنها می باشد. بنابراین با تشخیص به موقع و درمان موثر افسردگی می توان کیفیت زندگی، پیش آگهی بیماری و بقا بیماران را بهبود بخشید (۳۸).

از آنجا که اطلاعات کافی در زمینه شیوع و میزان اختلال افسردگی و تاثیر عوامل زیستی، روانی و اجتماعی بر روی میزان افسردگی بیماران تحت همودیالیز در استان بوشهر موجود نبود لذا این مطالعه به منظور ارزیابی میزان افسردگی در بیماران مورد نظر انجام شد، همچنین بررسی ارتباط احتمالی میزان شدت افسردگی بیماران دیالیزی با تعدادی از متغیرها و فواید حاصل از چنین مطالعه ای علاوه بر یافتن عوامل خطر ساز احتمالی برای ایجاد افسردگی، ایجاد زمینه تحقیقاتی گسترده تر جهت ارائه راهکارهای لازم برای پیشگیری یا کاهش شدت و بروز این اختلال و پیامدهای ناگوار آن از دیگر اهداف مطالعه حاضر بود.

این پژوهش با هدف تعیین شیوع افسردگی و شناسایی عوامل مرتبط با آن در بیماران همودیالیز استان بوشهر طراحی و اجرایی گردد.

۱-۱- نارسایی مزمن کلیه (CRD) (۲):

تعریف: بیماری مزمن کلیوی یک فرآیند پاتوفیزیولوژیک با علل متنوع است که به کاهش اجتناب ناپذیر تعداد و عملکرد نفرون ها منجر می شود و معمولا در نهایت به بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) ختم می شود. ESRD نیز به نوبه خود بیانگر وضعیت یا شرایط بالینی است که عملکرد درونزاد کلیوی بطور غیر قابل برگشت از دست رفته باشد تا حدی که بیمار برای جلوگیری از اورمی

کشنده ناچار به تکیه دائم بر درمان های کلیوی جایگزین (دیالیز یا پیوند کلیه) می گردد . اورمی سندرومی بالینی و آزمایشگاهی است که ناشی از عملکرد نادرست تمامی اعضا و سیستم ها در اثر عدم درمان یا درمان ناقص نارسایی کلیوی حاد یا مزمن می باشد . با توجه به توانایی قابل توجه کلیه ها در بازیافت عملکرد خود متعاقب آسیب حاد ، اکثریت قریب به اتفاق (بیش از ۹۰ درصد) بیماران مبتلا به ESRD در اثر CRD به این مرحله رسیده اند .

۲-۱- پاتوفیزیولوژی CRD:

پاتوفیزیولوژی شامل مکانیسم های آغازگری است که مختص اتیولوژی زمینه ای هستند و مجموعه ای از مکانیسم های پیشرونده که صرف نظر از اتیولوژی ، نتیجه مشترک کاهش دراز مدت توده کلیوی محسوب می شوند ، نیز در ایجاد این پاتوفیزیولوژی دخیلند .

چنین کاهشی در توده کلیوی سبب هیپرتروفی ساختاری و عملکردی نفرون های باقیمانده می گردد . این هیپرتروفی جبرانی در اثر مولکولهای فعال کننده عروقی ، سیتوکین ها و عوامل رشد ایجاد می شود و در ابتدای امر از هیپرفیلتراسیون تطابقی ، که خود نتیجه افزایش فشار و جریان خون در مویرگ های گlomerولی است ، ناشی می شود . در نهایت ، نتیجه این تطابق کوتاه مدت بر عکس از کار در می آید و سبب مستعد شدن به اسکروز در باقیمانده جمعیت نفرون های زنده می شود . به نظر می رسد افزایش فعالیت داخل کلیوی محور رنین - آنژیو تانسین به هیپرفیلتراسیون تطبیقی آغازین و هیپرتروفی و اسکروز متعاقب آن ، هر دو ، کمک می کند . تعریف CRD نیازمند این است که روند پاتوفیزیولوژیک فوق بیش از ۳ ماه طول بکشد .

یک تقسیم بندی بین المللی جدید که در هعمه جا مورد پذیرش قرار گرفته است ، CRD را به چند مرحله تقسیم می کند. که بر اساس پیش بینی بالینی فیلتراسیون گلومرولی (GFR^3) بیان شده است . این مراحل به هدایت رویکردهای تشخیصی و برخورد بالینی کمک می کند ، ابتدا ، این اهمیت دارد که عواملی را که بر خطر CRD می افزایند ، حتی در افراد با GFR طبیعی مورد شناسایی قرار داد . چنین عواملی شامل سابقه خانوادگی بیماریهای ارثی کلیوی ، سن بالاتر ، دوره های قبل از نارسایی حاد کلیه و شواهد موجود از آسیب کلیوی با GFR طبیعی و حتی افزایش یافته است . چنین شواهدی از آسیب کلیوی در حضور GFR طبیعی یا افزایش یافته ، افراد را در مرحله ۱ یا ناهنجاری های ساختاری دستگاه ادراری (مانند ریفلاکس مثانه به حالب) که در مطالعات تصویر برداری قابل مشاهده است ، می باشد . حتی در این مرحله ، هنگامی که GFR پایه طبیعی است ، اغلب مشخصات از دست رفتن ذخیره کلیوی وجود دارد . این مرحله زود هنگام اختصاصا در بیماران نفروپاتی دیابتی به خوبی قابل اثبات است . مراحل بعدی در پاتوژنز CRD با یک کاهش پیشرونده در GFR تخمین زده شده به همراه مراحل خفیف ، متوسط و شدید در بیان سطح GFR (میلی لیتر در دقیقه به ازای هر 1.73 متر مربع) یعنی به ترتیب ۶۰ تا ۸۹ ، ۳۰ تا ۵۹ و ۱۵ تا ۲۹ مشخص می شود . در GFR کمتر از 15 ml/min به ازای هر 1.73 متر مربع ، در صورت وجود اورمی ، درمان جایگزینی کلیه می تواند ضرورت داشته باشد .

آلبومینوری به عنوان یک وسیله کلیدی فرعی برای پلش آسیب نفرونی و پاسخ به درمان در بسیاری از انواع CRD عمل می کند . وجود بیش از 17 mg آلبومین به ازای هر گرم کراتینین در مردان بالغ و 25 mg آلبومین به ازای هر گرم کراتینین در زنان بالغ معمولا نشانگر آسیب مزمن کلیوی بدون توجه به GFR است و می تواند در بررسی تاریخچه طبیعی و پاسخ به درمان به ویژه در CRD متعاقب دیابت ، پرفشاری خون یا گلومرولو نفریت مورد پیگیری قرار گیرد .

³ : Glumerol Filtration Rate

طی مراحل ۱ و ۲ CRD ، بیماران اغلب بدون علامت می باشند مگر در کسانی ممکن است روند اتیولوژیک زمینه ای که موجب بیماری کلیوی شده ، همراه باشد . با پیشرفت کاهش GFR به مراحل ۳ و ۴ ($GFR < 60 \text{ ml/min}$ به ازای هر 1.73 m^2) ، عوارض بالینی و آزمایشگاهی CRD بطور پیشرونده ای بارزتر می گردد . در واقع تمام دستگاه های اندامی درگیر شده اند اما مشهودترین عوارض عبارتند از آنمی و از دست رفتن انرژی ، کاهش اشتها و اختلال وضعیت تغذیه ای ، اختلالات متابولیسم کلسیم و فسفر به همراه بیماری متابولیک استخوان ، و اختلالات هموستاز سدیم ، آب ، پتاسیم و اسید - باز . هنگامی که GFR به کمتر از 15 ml/min به ازای هر 1.73 m^2 سقوط می کند ، بیماران اغلب اختلال شدیدی را در فعالیت های روزمره زندگی خود ، احساس سلامتی ، وضعیت تغذیه ای و هموستاز آب و الکترولیت را احساس می کنند که به یک وضعیت اورمیک آشکار منتهی می شود که ادامه حیات بدون درمان جایگزینی کلیه غیر ممکن می گردد.

۳-۱- نشانه ها و علائم اورمی :

تظاهرات اصلی اورمی را بصورت خلاصه می توان به شرح زیر بیان نمود :

- قلبی - عروقی :
- کاردیو میوپاتی
- آریتمی
- پریکاردیت
- آترواسکلروز تسریع شده
- ریوی:

- ادم ریوی غیر قلبی

- پنومونی

- پلوریت

• اسید باز / الکترولیت ها :

- اسیدوز با شکاف آنیونی

- هیپرکالمی

- افزایش حجم مایع

- هیپو کلمی

- هیپرفسفاتی

- هیپرمنیزیمی

• اندوکراین / متابولیک :

- هیپاراتیروئید یسم

- افزایش مقاومت به انسولین

- آمنوره

- ناتوانی جنسی

- هیپرلیپیدمی

• پوست :

- خارش
- پیگمانتاسیون زرد
- سیستم عصبی مرکزی:
- تحریک پذیری
- بی خوابی
- خواب آلودگی
- بی اشتها
- تشنج
- کما
- سیستم عصبی محیطی :
- از دست رفتن حس به شکل دستکش - جوراب
- پای بی قرار
- افتادگی مچ پا یا مچ دست
- عضلانی - اسکلتی :
- ضعف عضلانی
- نقرس و نقرس کاذب

- استئودیستروپی کلیوی
- هماتولوژیک:
- کم خونی
- اختلالات خونریزی دهنده
- اختلا عملکرد لکوسیت ها

- گوارشی :
- بی اشتها
- تهوع
- استفراغ
- اختلال چشایی
- گاستریت
- زخم پپتیک
- خونریزی گوارشی

محور مختل شده هیپوفیز - گنادی می تواند منجر به اختلال در عملکرد جنسی شامل ناتوانی جنسی ، کاهش لیبدو ، آمنوره ، نازایی و خونریزی رحم گردد . پرولاکتین بالا ممکن است مسئول برخی از ناهنجاریهای محور هیپوفیز - گناد باشد . در این بیماران سطح سرمی تستوسترون ، استروژن و

پروژسترون پائین و سطح هورمون FSH و LH طبیعی یا بالا می باشد . حاملگی در زنانی که GFR کمتر از ۳۰ میلی لیتر در دقیقه دارند ، شایع نیست

بدنبال کاهش عملکرد کلیه ، بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت کمتر به انسولین نیاز دارند . مقاومت به انسولین ثانویه به عدم حساسیت بافت به انسولین بدلیل نقص گیرنده و همین طور اسیدوز متابولیک و هایپرپاراتیروئیدیسم که آزاد شدن و ترشح انسولین را مختل می سازد ، رخ می دهد .

اختلالات چربی از یافته های شایع در سیر اولیه بیماری کلیه می باشد . افزایش لیپوپروتئین نوع IV ، علاوه بر آن افزایش قابل ملاحظه در تری گلیسریدهای پلاسما و افزایش مختصر در کلسترول تام مشاهده می شود . فعالیت لیپوپروتئین لیپاز در اورمی کاهش یافته و کاهشی در تبدیل VLDL به LDL و از این رو هیپر تری گلیسریدمی وجود دارد . این اختلالات متابولیسم چربی در آترو اسکروز تسریع شده و پرولیفراسیون مزانژیال و بیماری کلیوی پیش رونده موثر در نظر گرفته می شوند .

۱-۳-۱- اسیدوز و الکترولیت ها:

با پیشروی CRD به سمت اختلال متوسط در عملکرد کلیه ، کلیه قادر به تولید و دفع اسید کافی نبوده و اسیدوز متابولیک مزمن ممکن است ایجاد گردد ، معمولاً یک اسیدوز با شکاف آنیونی ناشی از آنیون های حفظ شده می باشد . زمانی که بیکربنات سرم به زیر 20 mEq/L برسد ، درمان با بی کربنات سدیم یا سترات سدیم باید برای جلوگیری از تشدید بیماری استخوان یا اختلالات متابولیک تغذیه ای در نظر گرفته شود .

هیپرکالمی در بیماران مبتلا به CRD در نتیجه پیشروی بیماری بدنبال کاهش ترشح ادراری و کاهش کلیرانس پتاسیم ، شیفت پتاسیم از درون سلول به بیرون سلول در محیط اسیدوز متابولیک در زمینه نارسایی کلیه و همچنین استفاده پیوسته از داروهایی همچون مهار کننده ACE ، یا داروهایی که تخلیه

پتاسیم را انجام می دهند ، رخ می دهد . هیپو کالمی در CRD بسیار کمتر شایع است ، اما ممکن است در زمینه دریافت بسیار پائین مواد غذایی یا استفاده از دوزهای بالای دیورتیک اتلاف کننده پتاسیم رخ دهد .

هایپر فسفاتمی نیز بدنبال پیشروی CRD ، بدلیل کاهش در کلیرانس کلیوی فسفات ، بسیار شایع است . این امر در پیشرفت هایپر پاراتیروئیدیسم ثانویه در بیماران کلیوی موثر است . کاهش فسفر رژیم غذایی و استفاده از داروهای باند شونده به فسفات در هر وعده غذایی می تواند میزان فسفات سرم را بطور موفقیت آمیزی کنترل نماید .

۲-۳-۱- پوست :

پوست زرد رنگ که از نشانه های اورمی الست ، احتمالاً به علت رنگدانه های باقی مانده قابل حل در چربی ، همچون لیپوکروم ها و کاروتنوئیدها می باشد . علائم ناخنی شامل دو نیمه شدن ناخن که با تغییر رنگ قرمز ، صورتی یا مایل به قهوه ای بستر دیستال ناخن ، ناخن های رنگ پریده و خونریزی های شعله شمعی مشخص می شود . دیگر علائم و نشانه های شایع عبارتند از : خارش ، رنگ پریدگی ناشی از آنمی و کبودی های ناشی از اختلالات خونریزی دهنده

۴-۱- درمان جایگزین کلیه:

برنامه ای برای چگونگی RRT باید در اوایل سیر نارسایی کلیوی و قبل از پیدایش علائم اورمی با بیمار مورد بحث و بررسی قرار گیرد . دودرمان اولیه و اصلی برای ESRD ، دیالیز و پیوند می باشد . دو نوع دیالیز وجود دارد : دیالیز خونی و دیالیز صفاقی .

پیوند کلیه ممکن است از افراد مرده یا اهدا کننده زنده باشد . دیالیز مزمن معمولاً زمانی آغاز می شود که GFR ، 15 ml یا کمتر بوده و هیچ علت آشکار برگشت پذیری برای نارسایی کلیه وجود نداشته باشد . با این وجود ، دیالیز مزمن را می توان در هر زمانی که عوارض ESRD همچون تعادل مایع و میزان پتاسیم با دارو کنترل نبود ، آغاز کرد . انتخاب درمان دیالیز تا حدود زیادی به خصوصیات فیزیکی بیمار ، حمایت اجتماعی و آموزش بیماران در دوره قبل از ESRD و روش زندگی وی بستگی دارد . بیماران که به لحاظ پزشکی واجد شرایط اند ، به پیوند کلیه تشویق می گردند زیرا کیفیت بهتر زندگی ، افزایش بقا و شانس بیشتر برای توانبخشی را فراهم می سازد .

۱-۴-۱-همودیالیز :

در روش همودیالیز ، خون از یک راه دستیابی عروقی دائمی یا موقتی به لوله هایی که متاهی به تعداد زیادی مویرگهای دسته شده در دستگاه دیالیز کننده پمپاژ می شود . مویرگها از مواد نیمه سنتتیک ساخته شده که با بدن سازگارند . این غشا نیمه تراوا بوده وقادر به تبادل مولکول های کوچک از طریق انتشار می باشد . حرکت در جهت خلاف خون از طریق محلول دیالیز است که بر سمت خارج مویرگ ها حرکت کرده و امکان تبادل جریان مخالف را فراهم می سازد . این محلول شامل کلرید سدیم ، بی کربنات و غلظت های متغیری از پتاسیم می باشد . انتشار در طول غشاء اجازه می دهد که مواد دارای وزن مولکولی کم همچون اوره ، پتاسیم ، و اسیدهای ارگانیک بر اساس شیب غلظت حرکت کنند . مایع به وسیله اولترافیلتراسیون خارج می گردد ، که از طریق اعمال فشار هیدرواستاتیک بین غشایی در دستگاه دیالیز کننده ایجاد می شود .

در زمینه ESRD، بیمار تحت درمان دیالیز خونی مزمن متناوب به طور متوسط به ۴ ساعت دیالیز سه بار در هفته برای دفع کافی مواد سمی نیاز دارد. درمان مستلزم جریان خونی در حدود ۴۰۰ ml در دقیقه از راه دستیابی به دستگاه دیالیز می باشد.

عوارض عمده همراه با درمان دیالیز خونی شامل هیپرتانسیون و کرامپ عضلانی می باشد. اجتناب از افزایش وزن (بیش از ۲ تا ۳ کیلوگرم) ما بین درمان ها می تواند این عوارض را کاهش دهد.

۱-۱-۴-۱ راه دستیابی برای همودیالیز:

راه دستیابی توصیه شده برای دیالیز خونی یک راه دائمی همچون یک فیستول شریانی وریدی (AVF^۴) یا یک پیوند شریانی وریدی (AVG^۵) می باشد. در برخی موارد، کاتتر دائمی یا موقتی را می توان برا یدیالیز خونی مورد استفاده قرار داد. با وجودی که هدف برای حداقل ۶۶ درصد از بیماران دیالیزی، استفاده از AVF بعنوان مدخل ورود است، بسیاری از بیماران به استفاده از AVG ها یا کاتترها ادامه می دهند. کاتترهای موقت مانند لوله های ورید مرکزی در وریدهای ژگولار داخلی، ساب کلاوین یا فمورال تعبیه می شوند. کاتترهای موقت قبل از ورود به ورید ژوگولار داخلی در اطراف دیواره بیرونی لوله و تونل زیر پوست قفسه سینه، دارای یک کاف می باشند. ان کاف سبب فیروز موضعی در بافت زیر پوست می شود، از این رو مدخل ورود فلور پوست به کاتتر را بسته و میزان عفونت را کاهش می دهد. با این وجود، کاتترها در مقایسه با AVF و AVG از میزان عفونت بسیار بالاتر جریان خون پائین تر و خطر بالاتر مرگ و میر برخوردارند.

⁴ : Arterio Venus Fistule

⁵ : Arterio Venus Graft

۲-۴-۱- دیالیز صفاقی :

دیالیز صفاقی یک RRT است که در آن مویرگهای صفاقی به صورت یک غشای نیمه تراوا مشابه فیلتر دیالیز خونی عمل می کنند . این روش از چندین مزیت نسبت به همودیالیز برخوردارند ، نیازی به گذرانیدن مدت طولانی در واحدهای دیالیز نداشته و مستلزم محدودیت هایی در رژیم غذایی ، همانگونه که در همودیالیز لازم است ، نبوده و میزان توانبخشی در آن بهتر است و بیماران بیشتری به کار تمام وقت خود باز می گردند . وقتی بیمار دیالیز صفاقی دریافت یم کند عملکرد باقی مانده کلیوی برای مدت طولانی تری (۱ تا ۲ سال) حفظ شده و از این رو میزان مرگ و میر کاهش می یابد .

دو ایراد دیالیز صفاقی عبارتند از پریتونیت و دشواری در دستیابی به کلیرانس کافی در بیماران دارای وزن اضافی . پریتونیت در بیمارانی که در حال انجام دیالیز صفاقی هستند می تواند با آنتی بیوتیک های درون صفاقی ، اغلب به صورت سرپایی درمان شود .

۵-۱- مدیریت عوارض دیالیز :

همانند CRD ، بیمارانی که درمان دیالیز دریافت می کنند ، ناهنجاریهای مشابهی را در بسیاری از ارگانهای مرتبط تجربه می کنند . خطر بیماریهای قلبی عروقی و حوادث قلبی عروقی در این بیماران بسیار بالاست . تلاش ها برای به حداقل رساندن خطر قلبی عروقی همچون درمان هیپرتاسیون و غربالگری برای یافتن شواهدی از ایسکمی قلبی توصیه می شود . ترک سیگار یکی از موارد حائز اهمیت در کاهش خطر قلبی عروقی به شمار می رود . مطالعات اخیر در مورد بیماران دیالیز حاکی از این نیست که پائین آوردن میزان چربی با استاتین ها خطر بیماری های قلبی عروقی و مرگ و میر را کاهش می دهد ، با این وجود بیشترین تاثیر پائین آوردن چربی می تواند در بیماران CRD قبل از رسیدن به ESRD آشکار شود و آنمی ، هایپر فسفاتمی و هایپر پاراتیروئیدیسم نیز در بیمارانی که درمان دیالیز دریافت می

کنند شایع است و روش درمانی آن مشابه روش توصیه شده برای بیماران مبتلا به CRD است ، البته با اختلافات جزئی در دوز و سطح مورد نظرند .

۶-۱- پیوند کلیه :

پیوند کلیه روش ترجیحی RRT می باشد ، با یابین وجود همویالیز یا دیالیز صفاقی اغلب قبل از پیوند ، در طول آن و پس از آن مورد نیاز است . زمانی که سیکلوپورین در سال ۱۹۸۳ متداول شد ، میزان موفقیت پیوند کلیه از اهدا کنندگان مرده ، بطور قابل ملاحظه ای با میزان بقای یکساله پیوند ۸۵ تا ۹۵ درصد در مقایسه با ۶۵ درصد با آزاتیوپرین و استروئیدها ، بهبود یافت . کاهش در بروز پس زدن حاد و بهبود در بقای طولانی مدت آلوگرافت ، پس از معرفی ترکیبات جدیدتر سرکوب کننده ایمنی که شامل راپامیسین ، میکوفنولات موفتیل ، تاکرولیموس و آنتی بادی های ضد گیرنده اینترلوکین -۲ (داکلیزوماب و باسیلیکسی ماب) مشاهده شده است .

۷-۱- افسردگی عمده (major depression) (۳۹):

اختلالات خلقی گروه وسیعی از اختلالاتی را شامل می شوند که خلق مرضی (پاتولوژیک) و آشفتگی های مرتبط با آن، نمای بالینی غالب آنها را تشکیل می دهد. این اختلالات در برخی از ویرایشهای قبلی کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) با عنوان اختلالات عاطفی (affective) شناخته می شدند، ولی بعداً اصطلاح اختلالات خلقی ترجیح داده شد، چون این اصطلاح حائزهای هیجانی مداوم و پایدار را مدنظر قرار می دهد و فقط به تظاهر بیرونی (عاطفی) حالات گذرای هیجانی توجه نمی کند. اختلالات خلقی را می توان به بهترین وجهی با عبارت نشانگان (سندرم) توصیف کرد (و نه با عنوان بیماریهای مجزا)، چون این اختلالات از گروهی نشانه و علامت ترکیب یافته اند که هفته ها تا ماهها طول

می کشند؛ نشانه ها و علائم مذکور تفاوت و فاصله بارزی با کارکردهای معمولی و عادی فرد دارند، معمولاً عود کننده هستند، و غالباً با الگویی دوره ای یا چرخه ای تظاهر می کنند. خلق ممکن است طبیعی (normal)، بالا (elevated)، یا افسرده (depressed) باشد. افراد به طور معمول طیف وسیعی از حالات خلقی را تجربه می کنند و مجموعه تظاهرات عاطفیشان نیز به همان اندازه وسیع و بزرگ است؛ هم چنین احساس می کنند که می توانند بر حالات خلقی و عاطفی خود کمابیش مسلط باشند. در اختلالات خلقی آن احساس تسلط از بین رفته و فرد رنج و عذابی عظیم می کشد.

۱-۷-۱- تاریخچه (۳۹)

از عهد باستان مواردی از افسردگی را مردم ثبت کرده اند. توصیفاتی در مورد آنچه امروزه اختلالات خلقی نامیده می شود، در بسیاری از متون کهن یافت می شود. داستان «پادشاه شائول» در «عهد عتیق» و نیز داستان خودکشی «آژاکس» در ایلید «همر» توصیفهایی از نشانگان افسردگی است. بقراط در حدود چهارصد سال پیش از میلاد مسیح (ع) اصطلاحات مانیا (شیدایی) و مالیخولیا (melancholia) را برای توصیف اختلالات روانی به کار برده بود. حدود سال سی ام میلادی یک پزشک روسی به نام سلسوس در کتابش به نام درباره طب (De re medicina) مالیخولیا را به عنوان نوعی افسردگی ناشی از غلبه صفرا ذکر کرده است. در سال ۱۸۵۴ «زول فالره» بیماری ای به نام جنون دوره ای (فولی سیرکولار را توصیف کرده بود که در آن حالات خلقی افسردگی و مانیا به طور متناوب پیدا می شد. در ۱۸۸۲ روانپزشک آلمانی «کارل کالبا» اصطلاح «سیکلوتایمی» را به کار برد و مانیا و افسردگی را مراحل از یک بیماری واحد قلمداد کرد. در ۱۸۹۹ «امیل کرپلین» بر اساس اطلاعاتی که از روانپزشکان آلمانی و فرانسوی پیش از خود بدست آورده بود، نوعی سایکوز به نام سایکوز مانیا-افسردگی (manic-depressive psychosis) توصیف کرده

بود و اکثر معیارهایی را که امروزه روانپزشکان برای گذاشتن تشخیص اختلال دو قطبی I به کار می برند، در آن گنجانده بود. تفاوت این نوع سایکوز با دمانس زودرس (نام اسکیزوفرنی در آن روزگار) این بود که سیر رو به تباهی و رو به دمانس در آن وجود نداشت. کرپلین نوعی افسردگی هم بر شمرده بود که در اواخر بزرگسالی شروع می شد و نهایتاً نام مالیخولیای کهلتی (involuntary melancholia) بر آن نهاده شد. این نوع افسردگی از همان زمان شکلی از اختلالات خلقی دیر آغاز دانسته شد.

۲-۷-۱ - طبقه بندی اختلالات خلقی بر اساس DSM-IV-TR (۳۹):

طبق متن بازبینی شده چاپ چهارم DSM (DSM-IV-TR)، اختلال افسردگی عمده (که افسردگی یک قطبی نیز نامیده می شود) بدون سابقه ای از حملات مانیا، مختلط، یا هیپمانی رخ میدهد. حمله افسردگی عمده باید لااقل دو هفته طول بکشد. بیماری که دچار حمله افسردگی عمده تشخیص داده می شود، باید لااقل چهار علامت از فهرستی شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان کارمایه (انرژی)، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم گیری، و افکار عود کننده مرگ یا خودکشی را هم داشته باشد.

۳-۷-۱ - همه گیر شناسی

۱-۷-۳-۱ - میزان بروز و میزان شیوع (۳۹)

اختلال افسردگی عمده اختلال شایعی است که شیوع مادام العمرش حدود پانزده درصد و در زنان شاید بیست و پنج درصد است. میزان بروز اختلال افسردگی عمده در بیمارانی که به پزشکان عمومی

مراجعه می کنند و در بیماران بستری شده در بخش های طبی (داخلی) هم بالاست، به طوری که به ترتیب به ده و پانزده درصد می رسد. اختلال حدود یک درصد و مشابه با شیوع مادام العمر اسکیزوفرنی است.

۲-۳-۷-۱- جنس

تقریباً در سراسر جهان و در همه کشورها و فرهنگ ها دیده شده که شیوع اختلال افسردگی عمده در زنان دو برابر مردان است. طبق فرضیه هایی ارائه شده دلایل این تفاوت عبارت است از تفاوت های هورمونی، اثرات زایمان، تفاوت های فشارهای روانی-اجتماعی زنان و مردان، الگوهای رفتاری مربوط به درماندگی آموخته شده است. (learned helplessness).

۳-۳-۷-۱- سن

متوسط سن شروع اختلال افسردگی عمده حدود چهل سالگی است و حدود پنجاه درصد کل این افراد بیماری شان در سنین بیست تا پنجاه سالگی شروع می شود. اختلال افسردگی عمده نیز ممکن است در کودکی یا پیری شروع شود. برخی داده های جدید همه گیر شناختی حاکی از آن است که میزان بروز اختلال افسردگی عمده ممکن است در میان افراد زیر بیست سال در حال افزایش باشد. این مشاهده ممکن است به افزایش مصرف الكل و سوء مصرف سایر مواد در این گروه سنی ربطی داشته باشد.

۴-۳-۷-۱- وضعیت تاهل

اختلال افسردگی عمده بیشتر در افرادی پیدا می شود که هیچ ارتباط بین فردی نزدیکی ندارند یا طلاق گرفته یا متارکه کرده اند.